|  |
| --- |
| **江西省2017年各医疗卫生单位放射工作新进人员培训名单回执** |
|   **单位联系人： 联系电话 （手机）： 通讯地址：**  |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **职务/职称** | **手机号码** | **科室** | **工作单位** |
| 1 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |